

Заявление о досрочном прекращении договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней

Фамилия Страхователя

Имя Страхователя

Отчество Страхователя

Почтовый адрес

Телефон +7 () - - -

Заявление о досрочном прекращении договора страхования

1. Прошу досрочно прекратить договор (полис): серия
№ от . . г.

по причине отказа от договора по инициативе Страхователя.

2. Уплаченную страховую премию по Договору в полном размере за вычетом части, пропорциональной сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования, прошу вернуть:

Фамилия Получателя

Имя Получателя

Отчество Получателя

Документ, удостоверяющий личность получателя Серия
Серия документа
Номер Дата . . г.
Номер документа Дата выдачи документа

Кем выдан

путём

безналичного перечисления по следующим реквизитам:

БИК р/сч

л/счёт или номер карты

выплаты наличными денежными средствами из кассы.

Страхователь _____ (_____)
Подпись Фамилия, И.О.

Представитель по доверенности от . . г. №

Заявление принял (а) _____ (_____)
Подпись Фамилия, И.О.

. . 2 0 г. ч. мин.